

## **Division of Behavioral Health Services**

### *Bureau of Compliance*

150 North 18<sup>th</sup> Avenue, Suite 260  
Phoenix, Arizona 85007  
(602) 364-4558  
(602) 364-4762 FAX  
Internet: [www.azdhs.gov](http://www.azdhs.gov)

JANET NAPOLITANO, GOVERNOR  
SUSAN GERARD, DIRECTOR

**TO:** T/RBHA CEOs and Prevention Services Coordinators

**FROM:** Margaret Russell  
Policy Office Manager

**SUBJECT:** **POLICY CLARIFICATION: Active Consent for Evaluation of Prevention Programs**

**DATE:** October 2, 2006

This memorandum is intended to clarify the responsibilities of Tribal and Regional Behavioral Health Authorities (T/RBHAs) and their providers in meeting the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS) new policy requirements regarding active consent for evaluation of school based prevention programs.

The recently enacted SB 1324, codified as A.R.S. § 15-104, on behavioral health programs and services requires prior written consent for any survey, analysis, or evaluation of pupils that is part of any school based prevention program. The Act and the regulations limit the prior written consent requirement to those surveys, analyses, or evaluations that reveal, among other things, information concerning (a) mental or psychological problems potentially embarrassing to the pupil or his or her family, (b) sex behavior and attitudes, and (c) illegal, anti-social, self-incriminating and demeaning behavior. The statute applies to consent for a survey, analysis, or evaluation only, and does not require consent for participation in the program itself.

ADHS/DBHS has developed a consent form template which providers must use to gain parental consent for evaluation of school based prevention programs. Programs may use an alternative consent form only with prior written approval from ADHS/DBHS.

Requirements indicated in this Policy Clarification memorandum and the consent form template will be incorporated into Provider Manual Section 3.11, General and Informed Consent to Treatment.

## **SUBSTANCE ABUSE PREVENTION PROGRAM AND EVALUATION CONSENT [SCHOOL YEAR] SCHOOL YEAR**

Dear Parent or Guardian,

[INSERT NAME OF AGENCY] will be implementing a substance abuse prevention program called [NAME OF PROGRAM] at [INSERT SCHOOL NAME] during the 2006-2007 school year. The purpose of this program is to [INSERT PROGRAM GOAL OR PURPOSE]. As a part of the overall program, there will be an evaluation that consists of pre- and post-program surveys. *Your son or daughter does not have to take the evaluation surveys to participate in the program. Participation in the evaluation surveys is voluntary and requires your permission.*

**Survey Content.** The surveys will gather information on attitudes, thoughts, and behaviors around use of substances such as alcohol, tobacco, and other drugs. A copy of the actual surveys used to evaluate this program will be provided to you upon request.

**The Evaluation is Voluntary.** Your son or daughter's participation in the evaluation of this program is voluntary. Students who agree to participate with your permission only have to answer the survey questions they want to answer and they may stop taking the survey at any time. Refusal to participate in the evaluation survey involves no penalty and your child will still be permitted to participate in the program. Your son or daughter may stop work on the evaluation survey at any time or not answer a question, for whatever reason, without penalty or consequence.

**The Evaluation is Confidential.** All personal information collected in the surveys will be kept private. The only place in which your child's name will appear will be on this consent form. The only persons who will see the consent form will be the staff persons conducting this evaluation. The overall results from this evaluation will be used to inform the Arizona Department of Health Services (ADHS) about the effectiveness of the substance abuse prevention program. Names of individual students **will not** be shared with ADHS.

**For Further Information.** If you have any questions or concerns about your child's participation in this program or the evaluation, please contact [NAME OF PREVENTION PROGRAM DIRECTOR] at [PHONE AND E-MAIL ADDRESS].

---

### **Substance Abuse Prevention Program- Parent/Guardian Consent Form**

Please check the appropriate box below, sign, and return this form to [NAME OF TEACHER] by [DUE DATE].

- Yes, I *give my consent* for my child to complete the evaluation survey
- No, I *do not give my consent* for my child to complete the evaluation survey

---

Name of student (Please print)

---

Signature of parent or guardian

Date

**THANK YOU FOR COMPLETING AND RETURNING THIS CONSENT FORM!!!**

# **Permiso de Participación en la Evaluación del Programa de Prevención del uso de Drogas y Alcohol**

Estimado parent o guardián legal,

(Inserte el nombre de la agencia) estará implementando un programa de prevencion del abuso de drogas y alcohol llamado (nombre del programa) en (nombre de la Escuela, centro comunitario, o lugar) durante el año 2006-2007. El propósito de este programa es (incluya el propósito/objetivo del programa). Como parte general del programa, la agencia suministrara unos cuestionarios con preguntas antes y despues de que las clases hayan terminado. Su hijo/a no tiene que responder estos cuestionarios de evaluación para participar en el programa. La participación en la evaluación es voluntaria y requiere de su consentimiento y permiso.

**Contenido del cuestionario.** El cuestionario recogerá informacion referente a las actitudes, pensamientos/ideas, y comportamientos acerca del uso de substancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. Una copia del cuestionario usado para evaluar el programa le podrá ser suministrada si usted lo requiere.

**La evaluación es voluntaria.** La participación de su hijo/a en la evaluación de este programa es voluntaria. Los estudiantes que acepten participar en esta evaluación con su permiso, solo tienen que responder las preguntas del cuestionario que ellos quieran contestar y pueden detenerse en el momento que ellos lo decidan. El rehusarse a participar en la evaluación del programa no tiene consecuencia alguna para su hijo/a y ellos pueden continuar atendiendo el programa normalmente.

**La evaluación es confidencial.** Toda la información personal obtenida a través del cuestionario es estrictamente confidencial y privada. El unico lugar donde el nombre de su hijo/a aparecerá, es en este Permiso de Participación. Las únicas personas que verán este Permiso de Participación, será el personal profesional que administra esta evaluación. Los resultados generales de esta evaluación serán usados para informar al Departamento de Servicios de Salud del estado de Arizona (ADHS por sus siglas en inglés), acerca de la efectividad de los programas de prevencion del abuso de substancias.

**Para más información.** Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de la participación de su hijo/a en este programa o en la evaluación del mismo, por favor contacte a (nombre del Director del Programa de Prevención) al telefono (escriba el numero telefónico) o a la direccion de correo electrónico (entre correo electrónico).

---

**Programa de Prevención del Uso de Drogas y Alcohol-Permiso de Participación  
firmado por los padres o el guardián legar**

Por favor seleccione todas las opciones presentadas en la parte de debajo de esta forma que usted considere apropiadas, firme la forma y devuélvala a (escriba el nombre de la persona a cargo de recoger estas formas) antes del (escriba la fecha)

- Si, yo doy mi permiso para que mi hijo/a complete el cuestionario de evaluación
- No, yo no doy mi permiso para que mi hijo/a complete el cuestionario de evaluación

---

Nombre del estudiante (por favor escriba en letra legible)

---

Firma del parent o guardián legal